

**NASKAH PUBLIKASI**

**HUBUNGAN ANTARA GANGGUAN BIPOLAR DENGAN  
RISIKO BUNUH DIRI PADA PASIEN RAWAT INAP  
DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SUNGAI BANGKONG  
PONTIANAK TAHUN 2014**



**FADILLA SAFIRA  
NIM I11110051**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS TANJUNGPURA  
PONTIANAK  
2014**



**LEMBAR PENGESAHAN**

**NASKAH PUBLIKASI**

**HUBUNGAN ANTARA GANGGUAN BIPOLAR DENGAN RISIKO BUNUH DIRI  
PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH  
SUNGAI BANGKONG PONTIANAK TAHUN 2014**

**Tanggung Jawab Yuridis Material pada**

**FADILLA SAFIRA**

**NIM I11110051**

**Disetujui oleh,**

**Pembimbing Utama**

**Pembimbing Kedua**

**dr. Ira Savitri Tanjung, Sp.KJ (K)**

**dr. Widi Raharjo, M.Kes  
NIP.19620601 198803 1 014**

**Penguji Pertama**

**Penguji Kedua**

**dr. Jojo Putrini Sinaga, Sp.KJ  
NIP. 19720620 200012 2 001**

**dr. An An, M.Sc, Sp.S  
NIP. 19760930 200604 1 001**

**Mengetahui,  
Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Tanjungpura**

**dr. Bambang Sri Nugroho, Sp.PD  
NIP. 19511218 197811 1 001**

LEMBAR PENGESAHAN

NASKAH PUBLIKASI

HUBUNGAN ANTARA GANGGUAN BIPOLAR DENGAN RISIKO BUNUH DIRI  
PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH  
SUNGAI BANGKONG PONTIANAK TAHUN 2014

Tanggung Jawab Yuridis Material pada

FADILLA SAFIRA


NIM 111110051

Disetujui oleh,

Pembimbing Utama


Pembimbing Kedua

  
dr. Ira Savitri Tanjung, Sp.KJ (K)

  
dr. Widi Rahario, M.Kes  
NIP.19620601 198803 1 014


Penguji Pertama

Penguji Kedua

  
dr. Jojo Putrini Sinaga, Sp.KJ  
NIP. 19720620 200012 2 001

  
dr. An An, M.Sc, Sp.S  
NIP. 19760930 200604 1 001

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Tanjungpura

  
dr. Bambang Sri Nugroho, Sp.PD  
NIP. 19511218 197811 1 001

## HUBUNGAN ANTARA GANGGUAN BIPOLAR DENGAN RISIKO BUNUH DIRI PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SUNGAI BANGKONG PONTIANAK TAHUN 2014

Fadilla Safira<sup>1</sup>; Ira Savitri Tanjung<sup>2</sup>; Rozalina Tanjung<sup>3</sup>; Widi Raharjo<sup>4</sup>

### Intisari

**Latar Belakang:** Bunuh diri kini telah menjadi suatu masalah global dan merupakan salah satu penyebab utama kematian di seluruh dunia. Bunuh diri di Indonesia mayoritas berhubungan dengan masalah kesehatan mental. Salah satu gangguan mental yang dapat membawa seseorang menuju keputusan bunuh diri adalah gangguan bipolar. **Tujuan:** Untuk mengetahui hubungan antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *case control*. Sampel dipilih dengan teknik *consecutive sampling*. Sampel dikelompokkan menjadi kelompok kasus yaitu pasien rawat inap yang berisiko bunuh diri sebanyak 30 sampel dan kelompok kontrol yaitu pasien rawat inap yang tidak berisiko bunuh diri sebanyak 30 sampel. Pengumpulan data dilakukan berdasarkan data rekam medis. Sampel pada kelompok kasus diwawancarai menggunakan instrumen *Beck Suicide Intent Scale* untuk mengukur risiko bunuh diri. Data kemudian dianalisis dengan uji *Chi-Square* dan dihitung *odds ratio* menggunakan SPSS16. **Hasil:** Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan hubungan yang bermakna antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak. Pasien gangguan bipolar memiliki risiko bunuh diri 4,75 kali lebih tinggi daripada pasien gangguan non bipolar (OR=4,75; p=0,004). Seluruh pasien gangguan bipolar memiliki risiko bunuh diri yang tinggi. **Kesimpulan:** Terdapat hubungan yang bermakna antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak.

Kata Kunci: Gangguan bipolar, risiko, bunuh diri, *Beck Suicide Intent Scale*

- 
- 1) Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tanjungpura, Pontianak, Kalimantan Barat
  - 2) Rumah Sakit Jiwa Provinsi, Singkawang, Kalimantan Barat
  - 3) Departemen Psikiatri, Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong, Pontianak, Kalimantan Barat
  - 4) Departemen Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Tanjungpura, Pontianak, Kalimantan Barat

## **THE ASSOCIATION BETWEEN BIPOLAR DISORDER AND SUICIDE RISK AMONG INPATIENTS AT SUNGAI BANGKONG REGIONAL MENTAL HEALTH HOSPITAL PONTIANAK 2014**

*Fadilla Safira<sup>1</sup>; Ira Savitri Tanjung<sup>2</sup>; Rozalina Tanjung<sup>3</sup>; Widi Raharjo<sup>4</sup>*

### **Abstract**

**Background:** Nowadays suicide has become a global problem and it is one of the leading causes of death worldwide. Suicide in Indonesia majority is associated with mental health problems. One of the mental disorders that can lead a person to suicide decision is bipolar disorder. **Objective:** To determine the association between bipolar disorder and suicide risk among inpatients at Sungai Bangkong Regional Mental Health Hospital Pontianak. **Method:** This research was an analytic study with a case-control approach. The sample was selected by consecutive sampling technique. Samples were grouped into group of case which consisted of 30 inpatients at risk of suicide and the control group consisted of 30 inpatients who were not at risk of suicide. Data collection was conducted based on medical records. Samples in the case group were interviewed using the Beck Suicide Intent Scale instrument to measure the risk of suicide. The data were analyzed with Chi-Square test and odds ratios were calculated using SPSS 16. **Result:** Chi-Square test result showed a significant association between bipolar disorder and suicide risk among inpatients at Sungai Bangkong Regional Mental Health Hospital Pontianak. Patients with bipolar disorder have suicide risk 4.75 times higher than non-bipolar disorder patients (OR = 4.75;  $p = 0.004$ ). All the patients with bipolar disorder have the high risk of suicide. **Conclusion:** There is a significant association between bipolar disorder and suicide risk among inpatients at Sungai Bangkong Regional Mental Health Hospital Pontianak.

*Keywords: Bipolar disorder, risk, suicide, Beck Suicide Intent Scale*

- 
- 1) Medical School, Faculty of Medicine, Universitas Tanjungpura, Pontianak, West Kalimantan
  - 2) Province Mental Health Hospital, Singkawang, West Kalimantan
  - 3) Department of Psychiatry, Sungai Bangkong Regional Mental Health Hospital, Pontianak, West Kalimantan
  - 4) Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Tanjungpura, Pontianak, West Kalimantan

## PENDAHULUAN

Masalah kesehatan kini tidak lagi hanya menyangkut angka kematian dan angka kesakitan melainkan juga mencakup ruang lingkup kehidupan yang lebih luas yaitu berbagai faktor stresor psikososial yang dapat dan merupakan stresor kehidupan anggota masyarakat. Salah satu stresor tersebut adalah bunuh diri. Bunuh diri merupakan tindakan secara sengaja mengakhiri kehidupannya sendiri dan termasuk dalam kedaruratan psikiatri.<sup>1</sup>

Bunuh diri kini telah menjadi suatu masalah global dan merupakan salah satu penyebab utama kematian di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) mencatat angka bunuh diri tahun 2009 di seluruh dunia mencapai angka 16 per 100.000 penduduk, angka ini meningkat dalam empat dekade terakhir dan meningkatkan angka bunuh diri global sebesar 60% yang artinya setiap 40 detik satu orang meninggal karena bunuh diri. WHO kawasan Asia Tenggara mencatat peningkatan angka bunuh diri dari 10 per 100.000 penduduk pada tahun 1950an menjadi 18 per 100.000 penduduk pada tahun 1995 dan sekitar 73% kejadian bunuh diri di seluruh dunia pada tahun 2009 terjadi di negara-negara berkembang.<sup>2</sup>

Jumlah rata-rata penduduk Indonesia yang meninggal akibat bunuh diri mencapai 24 per 100.000 penduduk dengan kata lain sebanyak 50.000 orang dalam satu tahun. Prevalensi ini cenderung meningkat setiap tahunnya. Angka ini hampir mendekati angka bunuh diri yang terjadi di China yakni berjumlah 250.000 dan di India 100.000 orang dalam waktu satu tahun.<sup>3</sup>

Bunuh diri, percobaan bunuh diri dan perilaku bunuh diri lainnya terutama di kota-kota besar di Indonesia, telah menjadi masalah kesehatan masyarakat. Kecenderungannya terus meningkat dan peristiwa membunuh orang lain kemudian membunuh dirinya sendiri merupakan hal

yang sangat memprihatinkan. Angka bunuh diri di Provinsi DKI Jakarta selama tahun 1995-2004 menunjukkan angka 5,8 per 100.000 penduduk dengan rasio laki-laki dan perempuan adalah 2,2:1 dan metode yang digunakan adalah 41% menggantung diri, 23% dengan menggunakan pestisida dan sisanya dengan cara lain. Indonesia khususnya Provinsi Kalimantan Barat hingga saat ini belum memiliki Data Nasional Bunuh Diri yang spesifik. Data-data yang beredar saat ini mayoritas didapat dari Kepolisian Republik Indonesia.<sup>2</sup>

Studi terbaru menunjukkan mayoritas bunuh diri di Indonesia berhubungan dengan masalah kesehatan mental.<sup>2</sup> Salah satu gangguan mental yang dapat membawa seseorang menuju keputusan bunuh diri adalah gangguan bipolar yang sedang mengancam dunia termasuk Indonesia namun belum dikenali secara umum. Usia paling umum dalam onset gangguan bipolar adalah 17-21 tahun sehingga gangguan bipolar sering disebut sebagai *highly disabling illness*, bahkan sebuah studi yang dilakukan oleh WHO mengidentifikasikan gangguan bipolar sebagai penyebab utama ke-6 kecacatan di seluruh dunia pada kelompok usia 15-44 tahun.<sup>4</sup>

Individu dengan gangguan bipolar memiliki risiko tertinggi terkait dengan mortalitas dan morbiditas untuk melakukan tindakan bunuh diri. Sekitar 25% hingga 50% dari total individu dengan gangguan bipolar akan melakukan percobaan bunuh diri. Risiko bunuh diri pada individu dengan gangguan bipolar paling tinggi selama episode depresi, diikuti episode campuran, keadaan psikotik, dan manik.<sup>5</sup>

Pasien bipolar saat ini di Indonesia masih kurang mendapatkan perhatian, banyak yang tidak disadari oleh masyarakat dan tenaga kesehatan ketika episode manik maupun depresi. Kondisi pasien gangguan bipolar tersebut dianggap sebagai hal yang masih wajar terjadi di masyarakat atau kadang keliru diagnosis dengan gangguan psikiatri lain.



## BAHAN DAN METODE

Desain yang digunakan adalah penelitian analitik dengan pendekatan *case control*. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak. Waktu penelitian adalah Januari 2014 sampai September 2014 .

Subyek penelitian adalah seluruh pasien yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak. Sampel akan dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol. Kelompok kasus penelitian ini adalah pasien rawat inap yang memiliki risiko bunuh diri. Kelompok kontrol adalah pasien rawat inap yang tidak memiliki risiko bunuh diri.

Kriteria inklusi untuk kelompok kasus adalah pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak pada bulan Mei-Juli 2014 yang memiliki risiko bunuh diri, kooperatif, dan berusia  $\geq 17$  tahun. Kriteria inklusi untuk kelompok kontrol adalah pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak pada bulan Mei-Juli 2014 yang tidak memiliki risiko bunuh dan berusia  $\geq 17$  tahun.

Kriteria eksklusi untuk kelompok kasus dan kelompok kontrol adalah pasien yang menolak untuk mengikuti penelitian dan pasien yang sudah tidak dirawat inap ketika penelitian dilakukan.

Pemilihan sampel tidak berdasarkan peluang (*non-probability sampling method*) jenis *consecutive sampling*. Sampel yang benar diteliti dalam penelitian ini adalah 60 pasien sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Variabel bebas (faktor risiko) dalam penelitian ini adalah gangguan bipolar. Gangguan bipolar merupakan skala nominal. Variabel tergantung (efek) dalam penelitian ini adalah risiko bunuh diri. Risiko bunuh diri merupakan skala nominal.

Teknik pengumpulan data yaitu dengan menggunakan data sekunder dari rekam medis untuk mengumpulkan data mengenai diagnosis psikiatri dan risiko bunuh diri pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak kemudian dilakukan pengukuran mengenai risiko bunuh diri pada setiap pasien kelompok kasus dengan menggunakan skala kecenderungan bunuh diri *Beck Suicide Intent Scale*. Proses pengolahan data menggunakan program *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 16. Data dianalisis *Chi-Square* dengan uji alternatif uji *Fisher*. Penelitian ini menjunjung etika dengan menjamin kerahasiaan data rekam medis pasien dan tidak akan disebarluaskan.

## **HASIL**

Subyek pada penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol. Kelompok kasus terdiri dari 30 orang dan kelompok kontrol terdiri dari 30 orang sehingga total subyek penelitian berjumlah 60 orang. Subyek penelitian merupakan pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak pada periode Mei 2014–Juli 2014 yang memenuhi kriteria penelitian. Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak.

### **A. Karakteristik Responden**

#### **1. Usia**

Usia termuda pada kelompok kasus adalah 18 tahun dan usia tertua adalah 54 tahun, dengan usia rata-rata (mean) 32,63 tahun, usia tengah (median) 33 tahun, dan usia tersering (modus) adalah 36 tahun. Usia termuda pada kelompok kontrol adalah 20 tahun dan usia tertua adalah 68 tahun, dengan usia rata-rata (mean) 38,27 tahun, usia tengah (median) 35,5 tahun, dan usia tersering (modus) adalah 31 tahun.

Tabel 1. Distribusi Pasien Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kasus</b>		
18-19	2	6,7%
20-29	10	33,3%
30-39	12	40%
40-49	5	16,7%
50-59	1	3,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>		
20-29	5	16,7%
30-39	15	50%
40-49	5	16,7%
50-59	3	10%
60-69	2	6,6%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

## 2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin yang paling sedikit pada kelompok kasus adalah perempuan yaitu sebanyak 8 pasien (26,7%) dan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki yaitu 22 pasien (73,3%). Jenis kelamin yang paling sedikit pada kelompok kontrol adalah perempuan yaitu sebanyak 13 pasien (43,3%) dan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sebanyak 17 pasien (56,7%).

Tabel 2. Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kasus</b>		
Perempuan	8	26,7%
Laki-laki	22	73,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kontrol</b>		
Perempuan	13	43,3%
Laki-laki	17	56,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

### 3. Pekerjaan

Pekerjaan paling sedikit pada kelompok kasus adalah pelajar, mahasiswa, guru, dan petani sebanyak 1 pasien (3,3%) dan pekerjaan paling banyak adalah tidak bekerja sebanyak 19 pasien (63,3%). Pekerjaan paling sedikit pada kelompok kontrol adalah mahasiswa sebanyak 1 pasien (3,3%) dan pekerjaan paling banyak adalah tidak bekerja sebanyak 11 pasien (36,7%).

Tabel 3. Distribusi Pasien Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kasus</b>		
Tidak Bekerja	19	63,3%
Pelajar	1	3,3%
Mahasiswa	1	3,3%
Swasta	5	16,7%
Petani	1	3,3%
Ibu RT	2	6,7%
Guru	1	3,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>		
Tidak Bekerja	11	36,7%
PNS	4	13,3%
Ibu RT	4	13,3%
Swasta	10	33,3%
Mahasiswa	1	3,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

#### 4. Pendidikan

Pendidikan paling sedikit pada kelompok kasus adalah tidak sekolah sebanyak 1 pasien (3,3%) dan pendidikan paling banyak adalah SMA sebanyak 18 pasien (60%). Pendidikan paling sedikit pada kelompok kontrol adalah tidak sekolah dan perguruan tinggi masing-masing sebanyak 2 pasien (6,7%) dan pendidikan terbanyak adalah SMA sebanyak 14 pasien (46,7%).

Tabel 4. Distribusi Pasien Berdasarkan Pendidikan

<b>Pendidikan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
<b>Kelompok Kasus</b>		
SD	5	16,7%
SMP	6	20%
SMA	18	60%
Tidak Sekolah	1	3,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>		
SD	8	26,7%
SMP	4	13,3%
SMA	14	46,7%
Universitas	2	6,7%
Tidak Sekolah	2	6,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

#### 5. Status Pernikahan

Status pernikahan paling sedikit pada kelompok kasus adalah duda sebanyak 2 pasien (6,7%) dan status pernikahan terbanyak adalah belum menikah sebanyak 15 pasien (50%). Status pernikahan paling sedikit pada kelompok kontrol adalah janda sebanyak 1 pasien (3,3%) dan status pernikahan terbanyak adalah belum menikah sebanyak 16 pasien (53,3%).

Tabel 5. Distribusi Pasien Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kasus</b>		
Belum Menikah	15	50%
Menikah	13	43,3%
Duda	2	6,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>		
Belum Menikah	16	53,3%
Menikah	13	43,3%
Janda	1	3,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

## 6. Suku

Suku paling sedikit pada kelompok kasus adalah Dayak dan Madura sebanyak 1 pasien (3,3%) dan suku terbanyak adalah Melayu sebanyak 17 pasien(56,7%). Suku paling sedikit pada kelompok kontrol adalah Madura, dan Padang sebanyak 1 pasien (3,3%) dan suku terbanyak adalah Melayu sebanyak 14 pasien(46,7%).

Tabel 6. Distribusi Pasien Berdasarkan Suku

Suku	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kasus</b>		
Melayu	17	56,7%
Jawa	3	10%
Bugis	5	16,7%
Cina	3	10%
Madura	1	3,3%
Dayak	1	3,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

<b>Suku</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>		
Melayu	14	46,7%
Cina	6	20%
Madura	1	3,3%
Jawa	4	13,3%
Dayak	2	6,7%
Bugis	2	6,7%
Padang	1	3,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

## 7. Agama

Agama paling sedikit pada kelompok kasus adalah Buddha dan Kristen Protestan sebanyak 1 pasien (3,3%) dan agama terbanyak adalah Islam sebanyak 26 pasien (86,7%). Agama paling sedikit pada kelompok kontrol adalah Katolik sebanyak 1 pasien (3,3%) dan agama terbanyak adalah Islam sebanyak 24 pasien (80%).

Tabel 7. Distribusi Pasien Berdasarkan Agama

<b>Agama</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase</b>
<b>Kelompok Kasus</b>		
Islam	26	86,7%
Katolik	2	6,7%
Kristen Protestan	1	3,3%
Buddha	1	3,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>		
Islam	24	80%
Katolik	1	3,3%
Buddha	5	16,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

## 8. Diagnosis Psikiatri

Diagnosis paling sedikit pada kelompok kasus adalah gangguan non bipolar sebanyak 8 pasien (26,7%) dan diagnosis terbanyak adalah gangguan bipolar sebanyak 22 pasien (73,3%). Diagnosis paling sedikit pada kelompok kontrol adalah gangguan bipolar sebanyak 11 pasien (36,7%) dan diagnosis terbanyak adalah gangguan non bipolar sebanyak 19 pasien (63,3%).

Tabel 8. Distribusi Pasien Berdasarkan Diagnosis Psikiatri

Diagnosis Psikiatri	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kasus</b>		
Gangguan Bipolar	22	73,3%
Gangguan Non Bipolar	8	26,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>Kelompok Kontrol</b>		
Gangguan Bipolar	11	36,7%
Gangguan Non Bipolar	19	63,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Rincian diagnosis pasien dengan gangguan bipolar pada kelompok kasus dan kelompok kontrol sebagai berikut.

Tabel 9. Distribusi Diagnosis Pasien dengan Gangguan Bipolar

Kategori Diagnosis	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kasus</b>		
F 31.0	1	4,5%
F 31.1	1	4,5%
F 31.2	7	31,8%
F 31.4	9	40,9%
F 31.5	3	13,6%
F 31.7	1	4,5%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>



Kategori Diagnosis	Frekuensi	Persentase
<b>Kelompok Kontrol</b>		
F 31.0	2	18,2%
F 31.1	1	9,1%
F 31.2	7	63,6%
F 31.5	1	9,1%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Dari penelitian didapatkan diagnosis gangguan bipolar yang terbanyak pada kelompok kasus adalah gangguan bipolar, episode kini depresif berat tanpa gejala psikotik (F 31.4) sebanyak 9 pasien (40,9%). Pada kelompok kontrol diagnosis gangguan bipolar yang paling banyak adalah gangguan bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik (F 31.2) sebanyak 7 pasien (63,6%).

Hasil wawancara untuk mengukur risiko bunuh diri pada pasien rawat inap di kelompok kasus dengan menggunakan *Beck Suicide Intent Scale* (BSIS) didapat bahwa 100% pasien pada kelompok kasus memiliki risiko bunuh diri yang tinggi.

## B. Hasil Uji Statistik

Hasil penelitian mengenai gangguan bipolar dan risiko bunuh diri kemudian disajikan dalam tabel kontingensi 2x2 untuk dianalisis dan dibahas lebih lanjut sebagai berikut.

Tabel 10. Hubungan Gangguan Bipolar dengan Risiko Bunuh Diri

		Risiko Bunuh Diri		Total	Nilai p	OR, CI 95%
		Ya	Tidak			
Gangguan Bipolar	Ya	22	11	33	0,004	4,75, 1,584 – 14,245
	Tidak	8	19	27		
Total		30	30	60		

Data di atas dianalisis dengan menggunakan SPSS 16 dan didapatkan nilai *observed count* 22, 8, 11, 19 dan *expected count* 16,5; 13,5; 16,5; 13,5. Nilai sel *observed count* tidak ada yang sama dengan nol dan *expected count* tidak ada yang kurang dari lima, sehingga data tersebut layak diuji dengan uji *Chi-Square*. Uji *Chi-Square* digunakan sebagai uji hipotesis atau mengetahui hubungan antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri. Nilai *significancy* untuk *Pearson Chi-Square* (nilai p) menunjukkan 0,004 yang berarti secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri.

OR menunjukkan besar peran risiko terhadap terjadinya efek. Hasil yang lebih besar dari satu menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor risiko. Hasil perhitungan statistik menunjukkan OR sebesar 4,75 dengan *Confidence Interval* (CI) 95%, batas bawah 1,584 dan batas atas 14,245.

## **PEMBAHASAN**

### **A. Karakteristik Demografi Responden**

#### **1. Usia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia rata-rata (mean) pada kelompok kasus adalah 32,63 tahun, usia tengah (median) adalah 33 tahun dan usia tersering (modus) adalah 36 tahun. Sedangkan rata-rata usia (mean) pada kelompok kontrol adalah 38,27 tahun, usia tengah (median) adalah 35,5 tahun dan usia tersering adalah 31 tahun. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di India yakni usia tersering berada pada rentang usia 30-59 tahun.<sup>6</sup> Usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya bunuh diri. Risiko bunuh diri meningkat seiring dengan usia dan menegaskan makna dari krisis usia pertengahan (30-50 tahun).<sup>7</sup>

Erickson menjelaskan individu pada tahap usia pertengahan sudah meninggalkan ego mereka sehingga tercapai keseimbangan antara kemampuan untuk menghasilkan dengan stagnasi. Kemampuan untuk

menghasilkan atau disebut *generativity* berarti kepedulian terhadap generasi yang lebih muda atau seluruh generasi. *Generativity* merupakan suatu kebutuhan individu untuk dibutuhkan. Merawat dan membesarkan anak bisa merupakan suatu bentuk *generativity*. Sedangkan stagnasi adalah kemandegan dan ketidakpedulian dalam memberikan kontribusi kepada masyarakat. Seingkali, individu memaksakan diri untuk melakukan *generativity* tanpa memberikan waktu kepada diri sendiri. Erickson menyebut perilaku ini sebagai *over extension*. Sebaliknya, apabila individu terlalu stagnan atau tidak peduli, maka ada kecenderungan terhadap stagnasi. Krisis usia pertengahan terjadi ketika individu mengalami kecenderungan stagnasi yaitu individu tidak memberikan kontribusi apapun terhadap masyarakat.<sup>8</sup>

Krisis usia pertengahan merupakan gejala yang terjadi sebagai akibat dari berbagai perubahan yang terjadi baik yang berdampak pada pikiran, emosi, tingkah laku, aspek fisik dan spiritual. Perempuan dan laki-laki akan mengalami krisis jika memasuki usia pertengahan karena perubahan yang terjadi dari usia muda ke usia lanjut. Perubahan-perubahan tersebut antara lain perubahan fisik, psikologis, penampilan, perilaku, dan hubungan dalam keluarga.<sup>9</sup>

## **2. Jenis Kelamin**

Jenis kelamin yang paling sedikit pada kelompok kasus adalah perempuan yaitu sebanyak 8 pasien (26,7%) dan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki yaitu 22 pasien (73,3%). Jenis kelamin yang paling sedikit pada kelompok kontrol adalah perempuan yaitu sebanyak 13 pasien (43,3%) dan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sebanyak 17 pasien (56,7%).

Laki-laki melakukan bunuh diri empat kali lebih banyak dibandingkan perempuan, suatu angka yang stabil pada semua usia. Meskipun demikian, perempuan empat kali lebih besar kemungkinannya untuk

melakukan percobaan bunuh diri dibandingkan laki-laki.<sup>7</sup> Penelitian oleh Hawton (2000) mengungkapkan mayoritas perilaku bunuh diri/menyakiti diri sendiri pada perempuan merupakan tindakan yang tidak didasari untuk mengakhiri hidupnya. Fungsi dari tindakan tersebut adalah untuk memberitahu kepada orang lain bahwa individu tersebut sedang dalam keadaan *distress* atau untuk menarik perhatian dari orang lain di sekitarnya. Sedangkan pada laki-laki tindakan menyakiti diri sendiri/perilaku bunuh diri sering berhubungan dengan keinginan untuk bunuh diri yang tinggi.<sup>10</sup>

### **3. Pekerjaan**

Pekerjaan paling sedikit pada kelompok kasus adalah pelajar, mahasiswa, guru, dan petani sebanyak masing-masing 1 pasien (3,3%) dan status pekerjaan paling banyak adalah tidak bekerja sebanyak 19 pasien (63,3%). Pekerjaan paling sedikit pada kelompok kontrol adalah mahasiswa sebanyak 1 pasien (3,3%) dan status pekerjaan paling banyak adalah tidak bekerja sebanyak 11 pasien (36,7%). Pengangguran dikaitkan dengan peningkatan dua kali lipat menjadi tiga kali lipat risiko relatif kematian karena bunuh diri, dibandingkan dengan status bekerja. Hal ini disebabkan pengangguran memberikan kerentanan dengan meningkatkan dampak dari peristiwa kehidupan yang penuh stres dan secara tidak langsung dapat menyebabkan bunuh diri dengan meningkatkan faktor-faktor risiko yang memicu bunuh diri (misalnya, penyakit mental dan kesulitan keuangan).<sup>11</sup>

### **4. Pendidikan**

Pendidikan paling sedikit pada kelompok kasus adalah tidak sekolah sebanyak 1 pasien (3,3%) dan pendidikan paling banyak adalah SMA sebanyak 18 pasien (60%). Pendidikan paling sedikit pada kelompok kontrol adalah tidak sekolah dan perguruan tinggi masing-masing sebanyak 2 pasien (6,7%) dan pendidikan terbanyak adalah SMA

sebanyak 14 pasien (46,7%). Pasien rawat inap dalam kelompok kasus mayoritas memiliki diagnosis psikiatri yaitu gangguan bipolar dan gangguan skizofrenia paranoid. Hal ini dapat dikaitkan dengan onset kedua gangguan psikiatri tersebut. Onset dari gangguan bipolar antara 17-21 tahun dan onset dari gangguan skizofrenia paranoid antara 15-25 tahun dan 25-35 tahun sehingga pendidikan yang dapat diraih pasien juga tidak dapat tinggi bila terkena gangguan jiwa pada usia tersebut. Namun, tidak hanya karena pasien sakit pengaruh lainnya juga dapat menyebabkan seseorang tidak bersekolah seperti kondisi sosial dan ekonomi.<sup>7</sup>

## **5. Status Pernikahan**

Status pernikahan paling sedikit pada kelompok kasus adalah duda sebanyak 2 pasien (6,7%) dan status pernikahan terbanyak adalah belum menikah sebanyak 15 pasien (50%). Status pernikahan paling sedikit pada kelompok kontrol adalah janda sebanyak 1 pasien (3,3%) dan status pernikahan terbanyak adalah belum menikah sebanyak 16 pasien (53,3%).

Risiko bunuh diri lebih rendah pada individu yang telah menikah dibandingkan dengan yang belum/tidak menikah karena populasi individu menikah terbukti memiliki imunitas yang lebih tinggi terhadap bunuh diri yang disebabkan lebih terintegrasi kepada jaringan sosial pendukung individu.<sup>12</sup>

Pernikahan yang dilengkapi oleh anak mengurangi risiko bunuh diri secara signifikan. Angka bunuh diri adalah 11 per 100.000 untuk individu yang menikah, lajang/individu yang tidak pernah menikah memiliki angka bunuh diri hampir dua kali lipat lebih tinggi. Bunuh diri terjadi lebih sering dari biasanya pada orang yang terisolasi secara sosial dan memiliki riwayat keluarga bunuh diri.<sup>7</sup>

## 6. Suku

Suku paling sedikit pada kelompok kasus adalah Dayak dan Madura sebanyak 1 pasien (3,3%) dan suku terbanyak adalah Melayu sebanyak 17 pasien (56,7%). Suku paling sedikit pada kelompok kontrol adalah Madura dan Padang sebanyak 1 pasien (3,3%) dan suku terbanyak adalah Melayu sebanyak 14 pasien (46,7%).

Hubungan karakteristik budaya dan risiko bunuh diri di negara-negara Asia dikaitkan dengan dominasi dari sistem keluarga besar, ketergantungan terhadap keluarga yang tinggi dan tingginya perhatian atau rasa tanggung jawab terhadap keluarga yang melebihi perhatian terhadap diri individu itu sendiri.<sup>6</sup> Selain itu, suku Melayu merupakan suku mayoritas pasien yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak. Hal ini dapat menjadi salah satu sebab diperoleh hasil penelitian ini.

## 7. Agama

Agama paling sedikit pada kelompok kasus adalah Buddha dan Kristen Protestan sebanyak 1 pasien (3,3%) dan agama terbanyak adalah Islam sebanyak 26 pasien (86,7%). Agama paling sedikit pada kelompok kontrol adalah Katolik sebanyak 1 pasien (3,3%) dan agama terbanyak adalah Islam sebanyak 24 pasien (80%).

Menurut Durkheim, bunuh diri dapat terjadi akibat melonggarnya peraturan, norma-norma dalam masyarakat termasuk agama. Semakin diberi kebebasan terhadap norma-norma tersebut, individu semakin mudah melakukan tindakan bunuh diri. Namun hasil yang diperoleh dari penelitian ini bukan hendak menunjukkan bahwa agama Islam dapat dianggap sebagai faktor risiko terjadinya bunuh diri. Hal ini dapat saja disebabkan pasien yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak mayoritas beragama Islam. Hasil penelitian Pardede dkk di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Kota Medan (2006-2011)

mendapatkan proporsi tertinggi adalah individu dengan agama Kristen Protestan (55,8%).<sup>13</sup>

### **C. Hubungan antara Gangguan Bipolar dengan Risiko Bunuh Diri**

Gangguan *mood* adalah diagnosis yang paling sering berhubungan dengan bunuh diri. Gangguan bipolar merupakan salah satu gangguan *mood* yang berhubungan erat dengan bunuh diri. Bunuh diri berasosiasi dengan fase depresi dan fase depresi dari gangguan bipolar (depresi bipolar) merupakan episode *mood* yang dominan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri. Hubungan antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri dicari dengan menggunakan uji *Chi-Square* dan untuk mencari besarnya risiko tersebut dilakukan dengan menghitung OR. Penelitian ini mendapatkan diagnosis psikiatri pada kelompok kasus yang terbanyak adalah gangguan bipolar sebanyak 22 pasien (73,3%), yang diikuti oleh gangguan non bipolar sebanyak 8 pasien (26,7%). Hasil berbeda ditunjukkan pada kelompok kontrol. Diagnosis psikiatri pada kelompok kontrol didominasi oleh gangguan non bipolar sebanyak 19 pasien (63,3%), sedangkan gangguan bipolar sebanyak 11 pasien (36,7%).

Pasien dengan diagnosis gangguan bipolar lebih banyak terdapat pada pasien rawat inap dengan risiko bunuh diri (kasus) daripada pasien rawat inap tanpa risiko bunuh diri (kontrol). Dari penelitian juga didapatkan diagnosis gangguan bipolar yang terbanyak pada kelompok kasus adalah gangguan bipolar, episode kini depresif berat tanpa gejala psikotik (F 31.4) sebanyak 9 pasien (40,9%). Hasil ini sesuai dengan penelitian Baldessarini (2003) yaitu bunuh diri pada gangguan bipolar berhubungan kuat dengan episode depresi sebesar 49%. Selain itu, Mitchell *et al* (2004) mengungkapkan fase depresi gangguan bipolar terkait dengan sekitar 80% dari usaha bunuh diri dan bunuh diri komplit.<sup>14,15</sup>

Hubungan gangguan bipolar dengan risiko bunuh dicari menggunakan uji *Chi-square* dan diperoleh nilai *significancy* sebesar 0,004 yang berarti nilai *p*-nya lebih kecil dari 0,05 yang menunjukkan secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri. Hasil ini sesuai dengan hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak.

Hubungan antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri terkait dengan faktor-faktor risiko bunuh diri pada gangguan bipolar antara lain (Yatham and Mario, 2010):<sup>16</sup>

1. Faktor risiko terkait dengan episode *mood* akut

a. Episode depresif berat

- a.1. Keputusan, perasaan bersalah, sedikit alasan untuk hidup
- a.2. Agitasi, episode depresi campuran (tiga atau lebih gejala-gejala hipomanik di dalam episode depresi)
- a.3. Gangguan ansietas berat, insomnia
- a.4. Gejala-gejala psikotik
- a.5. Diagnosis gangguan bipolar II
- a.6. Komorbiditas aksis I (gangguan ansietas, penyalahgunaan zat), aksis II dan gangguan serius pada aksis III
- a.7. Ketidakefektifan penanganan medis dan dukungan keluarga/sosial
- a.8. Beberapa hari pertama terapi, minggu-minggu dan bulan-bulan pertama setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit

b. Episode campuran (episode manik dan depresif mayor terjadi secara bersamaan)

c. Episode manik (manik dan tiga atau lebih gejala-gejala depresi di dalam episode manik)



2. Faktor risiko terkait dengan riwayat penyakit sebelumnya
  - a. Percobaan/ide bunuh diri sebelumnya (terutama dengan metode-metode yang mematikan)
  - b. Onset gangguan bipolar pada usia muda dengan riwayat episode depresi yang lebih dominan
  - c. Riwayat episode *rapid cycling*
3. Faktor risiko terkait dengan ciri kepribadian
  - a. Ciri-ciri kepribadian agresif atau impulsif
  - b. Karakter siklotimik
  - c. Orientasi seksual dengan sesama jenis, biseksualitas
4. Faktor risiko terkait dengan riwayat personal dan atau riwayat keluarga
  - a. Kejadian-kejadian hidup negatif pada masa kanak-kanak (perceraian, kekerasan emosional, fisik, dan seksual)
  - b. Situasi-situasi hidup yang merugikan (isolasi, pengangguran/pemutusan hubungan kerja)
  - c. Stresor psikososial akut (berkabung dan duka cita, bangkrut secara finansial)
  - d. Riwayat keluarga dengan gangguan *mood* (kerabat derajat 1 dan 2)
  - e. Riwayat keluarga yang melakukan bunuh diri dan atau percobaan bunuh diri (kerabat derajat 1 dan 2)

Nilai OR yang didapatkan pada penelitian ini adalah sebesar 4,75 dengan CI 95% dengan batas bawah 1,584 dan batas atas 14,245. Penghitungan OR dengan menggunakan program SPSS 16 yang dilakukan pada tabel kontingensi 2x2. Tabel kontingensi ini kemudian dilakukan uji *Chi-Square* serta didapatkan bahwa data tersebut layak untuk diuji *Chi-Square* dan didapatkan nilai p yang sama yaitu 0,004. Analisis data kemudian dilanjutkan dengan mencari OR. OR sebesar 4,75 dengan CI 95% 1,584–14,245 menunjukkan bahwa pasien dengan diagnosis gangguan bipolar mempunyai kemungkinan 4,75 kali lebih tinggi untuk memiliki risiko bunuh diri dibandingkan pasien dengan diagnosis gangguan non bipolar. Nilai

OR yang didapatkan masih berada di dalam rentang batas atas dan batas bawah sehingga nilai OR adalah nilai yang signifikan secara statistik.

## KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan yang bermakna antara gangguan bipolar dengan risiko bunuh diri pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Sungai Bangkong Pontianak dengan nilai *significancy* 0,004 ( $p = 0,004$ ).
2. Pasien rawat inap dengan diagnosis psikiatri gangguan bipolar memiliki risiko bunuh diri 4,75 kali lebih tinggi daripada pasien rawat inap dengan diagnosis psikiatri selain gangguan bipolar.
3. Risiko bunuh diri pada pasien rawat inap dengan diagnosis psikiatri gangguan bipolar seluruhnya tinggi.

## SARAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, saran yang diajukan berkaitan dengan penelitian ini adalah:

1. Pada penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian yang menganalisis hubungan karakteristik demografi pasien dengan risiko bunuh diri.
2. Penelitian yang secara spesifik membahas faktor-faktor risiko bunuh diri pada gangguan bipolar perlu dilakukan.
3. Pada penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian dengan pendekatan kohort sebagai lanjutan penelitian ini agar analisis hubungan kausalnya menjadi lebih kuat lagi.
4. Perlunya penatalaksanaan yang optimal pada pasien serta melakukan edukasi pada keluarga sehingga tindakan percobaan bunuh diri pada pasien gangguan bipolar dapat diantisipasi.
5. *Beck Suicide Intent Scale* dapat digunakan sebagai instrumen untuk mengukur risiko bunuh diri pada pasien di Rumah Sakit Jiwa.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Hawari D. Psikopatologi Bunuh Diri. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2010.
2. Wirasto, RT. Suicide Prevention in Indonesia: Providing Public Advocacy. JMAJ. 2012; 55: 98-104.
3. Vijayakumar L and Nagarai K.. Suicide and Suicide Prevention in Developing Countries, Disease Control Priorities Project. Working Paper. 2004; No. 27.
4. Akiskal HS. The Prevalent Clinical Spectrum of Bipolar Disorders: Beyond DSM-IV. J Clin Psychopharm. 1996; 16: 2. Suppl 1. 4S-14S.
5. Rihmers and Kiss. Bipolar Disorders, American Journal of Psychiatry. 2002; 1:21-25.
6. World Health Organization. Suicide and Suicide Prevention in Asia. Geneva. WHO Document Production Services. 2008.
7. Kaplan dan Sadock. Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Jilid 2. Jakarta. Binarupa Aksara. 2010.
8. Kusumawati UD. Konsep Tragedi William Shakespeare dalam King Lear: Kegagalan Raja Lear sebagai Individu Usia Tua dalam Mencapai Integritas Ego. Jakarta. Universitas Indonesia. Fakultas Ilmu Pengetahuan Budaya. 2007.
9. Papilia ED, dkk. Human Development. Jakarta. Prenada Media Group. 2008.
10. Hawton K. Sex and Suicide: Gender Differences in Suicidal Behaviour. The British Journal of Psychiatry. 2000; 177:484-485.

11. Blakely TA, Collings J, Atkinson. Unemployment and Suicide. Evidence for a Causal Association. *J. Epidemiol Community Health*. 2003; 57:594-600.
12. Smith JC, James AM, Judith MC. Marital Status and The Risk of Suicide, *AJPH*. 1988; 78:78-80.
13. Pardede CMJ, Sori MS, Hiswani. Karakteristik Penderita Percobaan Bunuh Diri dengan Racun di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan Tahun 2006-2011. Medan. Universitas Sumatera Utara. Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2011.
14. Baldessarini RJ and Tondo L. Suicide Risk and Treatments for Patients with Bipolar Disorder. *JAMA*. 2003; 290:1517-1519.
15. Mitchell PB, Gin SM, Jillian RB. Major Advances in Bipolar Disorder. *Med.J*. 2004; 181:207-210.
16. Yatham LN and Mario M. Bipolar Disorder: Clinical and Neurobiological Foundations. New York. Wiley Blackwell. 2010.